

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ.2564

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลเขากระปุก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายทรัพย์ บุญรอด</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-7605-00917-01-7</p> <p>วันเดือนปีเกิด : 1 มิถุนายน พ.ศ.2484</p> <p>อายุ : 79 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 74 หมู่ 5 ต.เขากระปุก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ : 092-8729448 (ประพา บุตรรอด ลูกสาว)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= 6 TAI = กลุ่ม B5 กลุ่มที่ : สปสช.กลุ่ม 1</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p> <p>สปสช. กลุ่ม 1 Dx COPD (หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง)</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม..... 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม</p> <p>(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)																																								
<p><input type="checkbox"/> กลืนปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> กลืนลำบาก</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน</p> <p><input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด</p> <p><input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p> <p><input type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหรืออกปากแห้ง</p> <p><input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือและรับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p><input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p><input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)</p> <p>* อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Syring</td> <td><input type="checkbox"/> เตียง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urine bag</td> <td><input type="checkbox"/> ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย NG tube</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย Foley's cath</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ</td> <td></td> </tr> </table> <p>* กายอุปกรณ์</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง</td> <td><input type="checkbox"/> เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว</td> <td><input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td><input type="checkbox"/> แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Syring	<input type="checkbox"/> เตียง	<input type="checkbox"/> Urine bag	<input type="checkbox"/> ที่นอนลม	<input type="checkbox"/> สาย NG tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> สาย Foley's cath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน		<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา		<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล		<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ		<input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า		<input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน		<input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก		<input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก		<input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง		<input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน		<input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง		<input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน		<input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง	<input type="checkbox"/> เตียงฝึกยืน	<input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง	<input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน	<input type="checkbox"/> แว่นสายตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Syring	<input type="checkbox"/> เตียง																																									
<input type="checkbox"/> Urine bag	<input type="checkbox"/> ที่นอนลม																																									
<input type="checkbox"/> สาย NG tube	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> สาย Foley's cath	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน																																										
<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา																																										
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล																																										
<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ																																										
<input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า																																										
<input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน																																										
<input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก																																										
<input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก																																										
<input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง																																										
<input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน																																										
<input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง																																										
<input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน																																										
<input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง	<input type="checkbox"/> เตียงฝึกยืน																																									
<input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง																																									
<input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน	<input type="checkbox"/> แว่นสายตา																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<p>บริการอื่นๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>																																										

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	7	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน	3	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3	
การทำโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	1	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	4	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	2	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	-	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด <i>ทางปาก</i>	-	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด <i>ทางสายยาง(NG tube)</i>	-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	7	
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	2	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	2	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง	4	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	2	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	2	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	3	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	4	
การทำแผลกดทับ	-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	2	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	2	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	2	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	7	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	9	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	7	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	7	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	9	
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> ที่นอน <input checked="" type="checkbox"/> ล้างหน้า ดูแลสุขภาพเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี๊ยมและเย็นโดยญาติ ดูแลสุขภาพเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี๊ยมและเย็น โดย อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input checked="" type="checkbox"/> การสวมถุงเท้า <input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ 		<p>ผู้จัดทำ : (นางสาวประภัสสร ยศปัญญา) คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) องค์การบริหารส่วนตำบลเขากระปุก</p> <p>ผู้รับผิดชอบ : (นางสุนันท์ ทองรอด) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :</p>

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

